

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

781

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean GRATIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 22 Janvier 1909, à Levroux (Indre)

INCISION DE WILDE

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935

ANNÉE 1935

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean GRATIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

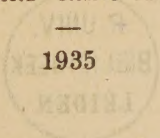
Né le 22 Janvier 1909, à Lezroux (Indre)

INCISION DE WILDE

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1935



Le Doyen..... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiqu.	CUNÉO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses.....	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ECALLE			
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de filiale reconnaissance.

Au Professeur LEMAITRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

A LA FACULTÉ

LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter de présider cette thèse.*

Au Docteur J-M. LE MEE

LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX DE PARIS

LARYNGOLOGISTE DE L'HOPITAL AMÉRICAIN

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Dans le service duquel aux Enfants-Malades nous avons réalisé cette étude et qui nous a aidé de sa bienveillante direction.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Dr. GUILLAUME Louis de Tours.

Pr. Paul MATHIEU.

Dr. PAPILLON.

Dr. CANTONNET.

Pr. agr. G. LAROCHE

Pro. RIBADEAU-DUMAS.

Pr. BRINDEAU.

Aux Docteurs J. RICHIER et R. GISCLARD

ASSISTANTS DU SER. D'O.R.L.

(L'hôpital Necker. Enfants-Malades) qui nous ont fournis des observations et nous ont aidé de leurs conseils.

A MES AMIS

INTRODUCTION

Il n'est pas d'exemple en otologie d'une carrière plus diverse que celle de l'incision de Wilde.

Décrite en 1853 une erreur initiale d'interprétation accompagna sa vulgarisation. Elle eut néanmoins un quart de siècle de faveur ou l'on étendit ses indications bien au-delà de l'esprit de son auteur. Pour lui avoir trop demandé et l'avoir mal comprise ou il mit alors à la critiquer violemment. Pendant un nouveau quart de siècle elle disparut de la littérature médicale si ce n'est pour être couverte d'opprobres et rendue responsable de tous les désastres. Puis brusquement en 1924 un nouveau revirement d'opinion motivé cette fois par un fait important dans la pathologie du nourrisson, le Syndrome d'Hyperthermie et l'incision de Wilde est remise en question. On précise ses indications, on limite son champ d'action. L'incision de Wilde suivant ainsi d'ailleurs l'esprit de son auteur, devient une opération d'urgence ne préjugant en rien de la conduite ultérieure.

C'est le geste que nous faisons devant une mastoïdite aïgue du nourrisson, mais ce geste n'est qu'un premier temps permettant d'éviter les accidents graves,

nous lui adjoignons un temps complémentaire, faisant ainsi une opération complète. Ainsi; de l'Incision, de Wilde est née la mastoïdectomie en deux temps qui joue un rôle de plus en plus important dans la chirurgie de l'oreille du nourrisson.

Nous retracerons les grandes lignes de ces successifs mouvements d'opinion qui s'orientent autour de 3 dates.

Nous donnerons enfin les idées actuelles sur la question et plus particulièrement celles du Service d'Oto-Rhino-Laryngologie des Enfants-Malades où nous avons pris l'inspiration de cette thèse.

Nous tenons avant tout à remercier notre Maître le Docteur J. M. Le Mée qui nous a permis de réaliser cette étude et nous a éclairé de ses conseils.

HISTORIQUE

Il est indispensable de replacer l'Incision de Wilde dans le cadre chronologique général des opérations mastoïdiennes et essayer de pénétrer l'esprit de l'auteur en montrant dans quelles conditions il décrit son opération.

A) La trépanation mastoïdienne était connue de longue date. La première intervention est attribuée à Jean Riolan, professeur d'anatomie, de pharmacie et de botanique, à Paris, 1613-1657. J.-L. Petit décrit cependant le premier la trépanation mastoïdienne en 1750. Après lui, Morand en 1751, Jasser en 1776, pratiquent avec succès plusieurs mastoïdectomies. Ces opérations, faites sans anesthésie, sont extrêmement douloureuses et restent encore l'exception. Elles sont même abandonnées pendant de longues années à la suite de la mort de Berger, médecin de la cour de Danemark en 1791.

Schwartz de Halle en 1825 fait la première étude de l'otite moyenne purulente du nourrisson. Il pratique l'antrotomie. Sa méthode consiste, dit Hessler de Halle « en l'absence des lésions de la couche corti-

cale externe de l'os, à pénétrer directement dans l'ancre mastoïdien par le plus court chemin. Après quoi l'on y installe un drain métallique et l'on y pratique des lavages par la plaie ».

En 1832 Meissner, en 1858 Troelsch s'occupent encore de la chirurgie de la mastoïdite et plus spécialement de celle du nourrisson.

C'est à cette date que se place la description de Wilde. Deux faits sont alors à noter :

1) Faute d'anesthésie, la chirurgie de la mastoïde est encore imparfaite. En Amérique, Jackson, de l'Université de Harwart vient d'expérimenter l'héter, et Malgaigne en janvier 1847 a rendu compte à l'Académie de Médecine de Paris des résultats obtenus dans son service de l'Hôpital St-Louis. En France Flourens étudie le chloroforme et la même année fait sa communication à l'Académie des Sciences. Mais l'un et l'autre anesthésiques qui vont ouvrir des possibilités étonnantes à la chirurgie, ne sont pas encore entrées dans la pratique courante.

2°) Les idées sur les supurations mastoïdiennes ne sont pas celles que nous avons actuellement.

Presque tous les auteurs, et cela jusqu'en 1910 environ, distinguent en dehors de la lymphangite et de l'adénophlegmon superficiel deux variété d'infection mastoïdienne.

a) La périostite simple, simple abcès sous-périosté sans atteinte des cellules mastoïdiennes qui correspondrait, dit Castex dans son « Traité des Maladies

du Larynx, du Nez et des Oreilles » en 1903 à « une inflammation, qui partie du périoste de la caisse, se propage à celui du conduit auditif et de là au périoste de la surface mastoïdienne et de la fosse temporale ». De même A. Broca dans le Bulletin Médical de Janvier 1904 « à côté de la mastoïdite proprement dite ou une supuration vraie des cellules mastoïdiennes, exige l'évidemment de l'apophyse, bon nombre d'auteurs décrivent une périostite mastoïdienne avec intégrité tout au moins relative des cellules sous-jacentes ».

b) L'Endo-Mastoïdite vraie encore appelée abcès intra-mastoïdien ou cellulite-mastoïdienne.

« Propagation de l'infection de la caisse aux cellules mastoïdiennes, » c'est la seule mastoïdite vraie, la seule où les cellules soient infectées, où l'antre ait par conséquent besoin d'être ouvert.

C'est sur ces données et sur cette distinction qui, si superficielle qu'elle soit, s'est conservée de longues années que Wilde décrivit son opération.

b) En 1853 Wilde publie son traité de chirurgie de l'oreille traduit en plusieurs langues « practical observation on Aural Surgery and the nature and treatment of diseases of the ear ». En 1862 il reprend la question « on aural diagnostic and diseases of the mastoid process » (Medical times 1862). Dès lors les polémiques se succéderont autour de son nom.

C'est d'ailleurs une figure extrêmement curieuse que celle de ce chirurgien « artiste et lettre » Irlandais

qui dirigea pendant 25 ans le « Dublin University Magazine », dota Dublin du St-Mark's Hospital et publia les ouvrages les plus variés, narration de voyage, livres d'art, d'archéologie, d'ethnologie. William-Robert Wilde fut sa vie durant couvert d'honneurs « chirurgien oculiste de la reine d'Irlande », membre des Universités de Dublin et de Upsale », « membre de l'Ordre de l'Etoile polaire de Suède », « président de la section d'Ethnologie de la British association », nommé enfin chevalier par le Comte de Carlisle. Enfin son moindre titre de gloire n'est peut-être pas d'avoir donné le jour à Oscar Wilde.

Si nous ouvrons « Aural Surgery » nous lisons (page 237) la description que donne Wilde de son incision :

« Si l'apophyse mastoïde ou les téguments qui la recouvrent sont atteints par l'infection et que les méthodes déjà recommandées n'arrivent pas à procurer de soulagement, ou bien même qu'une vague fluctuation puisse être mise en évidence nous n'hésiterions pas à faire une franche incision dans le périoste d'au moins un pouce de longueur. Pour réaliser cette opération la tête sera fortement maintenue contre quelque objet résistant, comme le dossier d'une chaise ou la poitrine d'un assistant. Un fort scalpel est le meilleur instrument à employer. La lame sera saisie entre le pouce et l'index de façon à laisser libre environ un pouce de celle-ci et enfoncée fortement de façon que la pointe attaque l'os et le suive sur toute la longueur de l'incision. Par ce moyen nous assurons une ouverture complète du périoste, quand à la ligne d'in-

cision si les circonstances ne commandent pas qu'elle soit faite ailleurs, je trouve qu'elle est le plus souvent indiquée parallèle et à trois quart de pouce environ de l'attache de l'oreille, dans le but d'éviter l'artère auriculaire postérieure, qui, quand elle est coupée, saigne abondamment. Le bistouri sera manié de bas en haut ; et suivant le gonflement des tissus, la profondeur à laquelle nous sommes quelquefois obligés d'introduire l'instrument est souvent de près d'un pouce. L'hémorragie, à moins que nous ne désirions en même temps faire une saignée, peut être arrêtée en plaçant un bourdonnet de charpie dans l'incision. La surface d'incision présente généralement l'aspect de chair musculaire que l'on voit dans l'érysipèle phlegmoneux. Bien que le pus puisse ne pas avoir été atteint par l'incision, du moins un soulagement immédiat est presque invariablement constaté. La conduite ultérieure dépendra des circonstances. »

De l'ensemble de l'ouvrage de Wilde il découle deux faits essentiels :

1) que son incision est avant tout une incision du périoste ;

2) que ce n'est qu'une opération d'attente et d'urgence qui n'exclue pas, bien au contraire, la trépanation mastoïdienne si les signes cliniques la commandent.

Duplay écrit dans son traité de chirurgie : « Wilde propose dans le cas où l'on hésite sur le développement d'une suppuration dans les cellules mastoïdiennes de faire une incision longue et profonde allant

jusqu'au périoste et d'attendre 48 heures, puis si les accidents persistent de trépaner l'apophyse mastoïde. »

Broca dit : « Il est juste de dire que Wilde ne donnait cette incision que comme un moyen d'attente et qu'il recommandait de trépaner les cellules sans trop attendre si les symptômes ne cédaient pas, ce qui prouvait l'existence d'une endo-mastoïdite et non d'une périostite. »

Enfin Le Mée écrit : « L'incision que décrit Wilde était destinée à ouvrir un abcès sous-périosté, parce que à cette époque fut décrit un type spécial d'ostéomyélite avec abcès sous-périosté et selon Wilde ce qui se passait au niveau des membres pouvait aussi bien se passer au niveau de la mastoïde. C'est pourquoi Wilde avait seulement à l'esprit les abcès mastoïdiens extériorisés qui se voient surtout chez les enfants. »

Nous retrouvons les deux facteurs que nous évoquons plus haut : absence d'anesthésie incitant à une opération rapide non shokante et surtout notion de ces périostites mastoïdiennes dont la difficulté de diagnostic avec les mastoïdites vraies légitimait une opération d'attente.

En résumé, selon Wilde lui-même, *opération d'urgence, opération d'attente*, ne se justifiant que dans les collections superficielles ou périostées surtout de l'enfance, mais nécessitant toujours un temps complémentaire, la trépanation des cellules mastoïdiennes dans les cas d'endo-mastoïdite.

Nous avons insisté sur ces faits pour dissiper un malentendu selon lequel Wilde aurait fait de sa simple incision une opération systématique, se suffisant à elle-même, excluant par conséquent dans tous les cas l'antrotomie ?

De 1860 à 1895, l'Incision de Wilde fut pratiquée presque systématiquement et le plus souvent en dehors des règles que formulait son auteur. Elle devint avant tout une méthode commode et que l'on crut à la portée de tous. Elle quitta souvent la main chirurgicale pour celle du simple praticien et selon Seigneurin, celui-ci dans l'incapacité de continuer un traitement qu'il avait commencé, s'exposa à des désastres.

On s'explique dès lors aisément, le revirement d'opinion qui se fit en 1895 à la suite de la communication de Chipault et Desmoulin.

c) Nous abordons la période comprise entre 1895 et 1924 qui fut celle des attaques violentes contre l'Incision de Wilde, puis de l'oubli quasi unanime.

Chipault et Desmoulin déclanchent l'offensive en publiant un article qui eut un gros retentissement : « les méfaits de l'Incision de Wilde ». Nous lisons :

L'Incision de Wilde est donc rarement indiquée et dans la grande majorité des cas où on l'emploie elle est peu rationnelle, ne s'adressant qu'à un symptôme de l'affection mastoïdienne, la douleur au lieu de s'attaquer à cette

affection elle-même. Malheureusement on la pratique encore dans bien des cas où elle n'a rien à faire, parce qu'elle est facile et parce qu'elle est d'apparence peu dangereuse. Nous ne croyons pas inutile de montrer par des exemples que son innocuité est loin d'être constante, et qu'il n'est nullement indifférent de créer une plaie à côté d'une oreille qui suppure et dont les sécrétions, imbibant malgré les précautions prises le pansement qui recouvre cette plaie, finiront sans doute par s'infecter. »

Les auteurs rapportent 17 cas d'opérations de Wilde sur lesquels 13 s'infectent. « Deux avaient déterminé des fusées purulentes étendues et par leur intermédiaire, les accidents les plus graves : une fois une paralysie faciale par englobement du nerf dans le foyer purulent au niveau du trou stylomastoïdien, une autre fois une nécrose de l'apophyse transverse de l'atlas. »

Et de conclure :

« Ces faits nous semblent donc condamner absolument l'incision mastoïdienne superficielle qui n'a point pour but d'ouvrir un foyer local de supuration, et lorsqu'un tel foyer existe, ce n'est pas l'incision prudente préconisée par Wilde qu'il faut faire, mais une longue incision mettant à découvert les moindres diverticules de la collection.

C'est une incision quelconque d'abcès et non une incision à siège précis méritant d'être décrit dans la technique opératoire sous un nom particulier. »

Auguste Broca déconseille lui aussi formellement l'incision de Wilde. Dans une communication au Congrès de Chirurgie de 1894, il avait dit : « Si quelques auteurs partisans résolus de procédés non opératoires considèrent encore la simple incision rétro-auriculaire, dite Incision de Wilde, comme la suprême ressource de l'intervention sanglante, la plupart sont devenus plus hardis et se sont ralliés aux opérations plus radicales. La trépanation de l'apophyse mastoïde a repris dans la chirurgie le rang dont pour un temps on l'avait fait déchoir. »

Il dit plus loin : « L'Incision ne se justifie que lorsqu'il s'agit d'une simple périostite » et en même temps il prétend n'avoir jamais observé de vraie périostite, « mais le diagnostic avec une mastoïdite extériorisée est très difficile et les erreurs dont je viens de vous signaler la possibilité expliquent certains succès attribués à l'Incision de Wilde dont la valeur se trouve encore diminuée. »

Il conclut : L'Incision de Wilde mérite d'être condamnée sans appel.

De toute part, les critiques affluent.

Piaget écrit en 1898 : « L'Incision de Wilde, opération facile, d'apparence peu dangereuse, expose sou-

vent à des fistules. C'est donc une opération incomplète. »

La même année, aux Etats-Unis, Randall publie un article intitulé : « l'inefficacité de l'Incision de Wilde dans l'empyeme mastoïdien. »

Quelques années plus tard, en 1903, J.-M. Ray écrit : « l'inefficacité de l'Incision de Wilde. »

En 1910, Boulai, de Rennes, la traite de « mauvaise et condamnable intervention ». Il dénigre ses succès, disant que les mêmes résultats auraient été obtenus « par les moyens antiphlogistiques », et qu'elle n'a guérie que des erreurs de diagnostic.

Nous arrêterons cette énumération de critiques qui abondent dans la littérature, par deux citations : « Se contenter, dit Lermoyez, d'une incision de Wilde qui laisse évoluer les lésions profondes au sein d'une apophyse mastoïde supposée saine est une erreur qui peut être mortelle, alors qu'il n'y a que peu d'inconvénient à faire une trépanation blanche de l'antre mastoïdienne. »

Nous concluerons avec Seigneurin, en 1922 : « Dès que fut lancé le cri d'alarme (communication de Chipault et Desmoulin), l'Incision de Wilde fut déconsidérée malgré les observations de quelques auteurs éclectiques. Elle disparut des travaux scientifiques, mais pas tout à fait du domaine de la pratique. Aujourd'hui, dans les ouvrages classiques, on ne croit même plus à son utilité, puisqu'on admet guère l'existence de périostites isolées. Dans un tel concert d'opprobres, les quelques voix isolées qui s'élèvent

pour défendre l'Incision de Wilde paraissent bien faibles. »

Essler préconise à nouveau cette façon de traiter les collections rétro-auriculaires.

Un italien, Chinchini, argumentant sévèrement les observations de Chipault et Desmoulin, conclut : « Face à ces faits, l'Incision de Wilde proposée dans les cas douteux de suppurations mastoïdiennes représente une nécessité pratique et un acte opératoire d'ordre clinique. Certes dans les cas où la mastoïdite est indiscutable, c'est du temps perdu que d'attendre 24 ou 48 heures. Mais l'Incision de Wilde prend toute sa valeur dans le cas où le diagnostic est douteux. »

En 1910, Ireste, de l'Académie Chirurgicale espagnole, prend lui aussi la défense de Wilde. Nous lisons : « l'Incision de Wilde est souvent un excellent moyen thérapeutique qui permet d'obtenir la guérison en 10 ou 15 jours, tandis que l'ouverture de l'antre sain retarderait cette même guérison de 5 à 7 semaines. »

Enfin Seigneurin conclut son article : « l'Incision de Wilde doit-elle être complètement bannie de la pratique otologique ? » Par ces lignes : « quand aucun autre symptôme ne pousse à une intervention urgente et qu'une collection rétro-auriculaire se développe, j'estime qu'une incision de Wilde n'offre à ce moment que des avantages, à la condition de continuer à surveiller étroitement son malade. »

Ces lignes sont écrites en 1922. Nous sommes à deux ans des communications de Le Mée, sur la Mastoïdite

du Nourrisson, qui vont leur donner un étonnant renouveau d'actualité.

d) L'Incision de Wilde en était là et bien près de disparaître des techniques opératoires, sinon de la pratique, quand survint un fait nouveau qui lui valut des indications nouvelles et précises. Ce fut la description du syndrome d'hyperthermie du nourrisson et les observations qui se succédèrent de 1924 à 1927 de mort rapide de nourrissons opérés d'antrotomie. Il n'est plus question en effet de pratiquer l'Incision de Wilde chez l'adulte. Par contre, une connaissance plus grande de la mastoïdite du nourrisson, la notion du danger de la trépanation réputée jusque là bénigne, mettent soudain en honneur, et d'une manière éclatante, l'Incision de Wilde chez celui-ci.

En 1914, Texier et Levesque publient une observation de mort rapide chez un nourrisson opéré de mastoïdite. Canuyt cite une observation analogue en 1922, antrotomie rapide sous anesthésie légère au chloroforme d'un nourrisson de 8 mois, suivie quelques heures plus tard d'hypertermie à 40°, d'accélération du pouls et de la resepiration et de mort. En fait, la question n'est vraiment posée qu'en 1924, au Congrès d'O.R.L., où Le Mée pose la question « gravité ou bénignité de la trépanation mastoïdienné chez le nourrisson. » C'était attaquer un dogme bien établi que celui de la bénignité de l'antrotomie chez le nourrisson, opération évidemment simple et rapide — quelques gouttes de chloroforme, quelques coups

de curette — et qui semblait *a priori* peu choquante. Cependant au referendum qu'il avait posé avec Bloch et Cazejust à la Société Française d'O.R.L., et notamment à la question : « Considérez-vous que le pronostic de la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson soit aussi bénin que l'indiquent les classiques ? » Le Mée obtint en réponse de la plupart des auteurs que « ce pronostic devait être réservé à cause des morts rapides qu'ils avaient observés. »

Le problème était définitivement posé, dès lors les observations et les rapports affluent.

En 1925, Moreau, de Saint-Etienne, fait une communication à la Société Française d'O.R.L., dans laquelle il rappelle des cas typiques de mort rapide de nourrissons opérés de trépanations mastoïdiennes. La même année, Le Mée et Bloch apportent de nouvelles observations et montrent le problème pathogénique angoissant qu'elles posent. Toujours en 1925, Canuyt et Terracol publient dans la revue de laryngologie un article intitulé : « La mort rapide du nourrisson et les interventions sur l'antre mastoïdien » dans lequel ils décrivent le tableau clinique de l'affection, envisagent les théories pathogéniques et proposent une thérapeutique chirurgicale minima. Canuyt expose ses idées sur la question au Congrès d'Anvers de 1925. Le Mée et Vesselle reprennent la question de l'otite du nourrisson et, mettant en évidence une oto-mastoïdite latente, ouvrent une hypothèse pathogénique extrêmement intéressante. Citons en 1926, encore, les publications de Eeman, de Gand et de Lapeyre, la

thèse de Croisy, en 1927, sur « la gravité des opérations mastoïdiennes chez le nourrisson », celle de Vesselle, celle de Bettinger qui étudient les divers angles de la question. Le syndrome était décrit, les pathogénies furent invoquées d'autant plus nombreuses, qu'aucune ne se trouva absolument confirmée. C'est devant cet état de choses que renaît l'idée de l'Incision de Wilde. Avant tout, il faut parer à ces accidents trop fréquemment rapportés. La simple Incision de Wilde ne remplirait-elle pas ce but et ne serait-elle pas suffisante dans ces mastoïdites extériorisées du nourrisson que l'on n'aborde plus qu'avec frayeur ? En 1925, Canuyt écrit : « La chirurgie du tout petit doit être une chirurgie minima », et plus loin : « L'acte opératoire doit être réduit au minimum, le curettage de l'antre n'est pas indispensable. »

Dès lors, avec ses élèves de l'Ecole de Strasbourg, il pratique systématiquement l'Incision de Wilde chez ses nourrissons atteint de mastoïdite et se borne à la simple incision périostée, sans trépaner les cellules. Buzon écrit : « Dans les différents services où le principe de la *chirurgie minima* chez le nourrisson est admis et où l'on se contente d'une simple incision rétro-auriculaire, aucun décès n'a plus été enregistré.

On a critiqué l'Incision de Wilde comme unique traitement de l'antrite mastoïdienne extériorisée et déclaré que cette méthode ne constituait qu'une intervention d'urgence, nécessitant une réintervention ultérieure. Il n'en fut pas ainsi. Tous nos nourrissons ont parfaitement guéri et les revoyant plus tard, nous

n'avons jamais constaté de fistulisation. Seigneurin, de même, publie en 1926, dans la Revue de Laryngologie un article intitulé « les mastoïdites aiguës du nourrisson semblent presque toutes justiciables de la simple Incision de Wilde » et donne trois observations démonstratives.

Curieux retour des choses, mais ne va-t-on pas dépasser une fois de plus l'esprit de l'auteur en s'en tenant dans tous les cas à l'incision périostée et celle-ci peut-elle logiquement guérir une mastoïde gorgée de pus ? Ne peut-on pas éviter le syndrome d'Hyperthermie et en même temps guérir sûrement la mastoïde en curettant ses cellules ? Nous essaierons de montrer que l'Incision de Wilde suivie 24 ou 48 heures plus tard de l'antrotomie répond dans la plupart des cas à ce double but.

INCISION DE WILDE ET MASTOIDECTOMIE EN DEUX TEMPS

Nous avons montré par quelle suite dans l'évolution des idées l'Incision de Wilde revenait d'actualité. Mais, passée au crible d'études aussi nombreuses et aussi sévères, elle s'est dépouillée de toutes les imprécisions et de tous les abus qui l'entouraient. Mise à son origine en tête de la chirurgie de la mastoïde, elle nous revient modestement dans un seul chapitre, celui de la mastoïdite aiguë du nourrisson. Ses indications se sont rétrécies mais aussi considérablement précisées.

Ce n'est donc plus dorénavant que la mastoïdite du nourrisson que nous aurons en vue. Nous ne prétendons pas tirer de conclusion, mais seulement rapporter les idées du Service d'O.R.L. des Enfants Malades où nous avons réalisé cette étude.

Indications.

La mastoïdite aiguë classique du nourrisson est la forme extériorisée. En 4 ou 5 jours une collection purulente rétro-auriculaire se développe, les tégu-

ments sont empatés, le sillon rétro-auriculaire est effacé, le pavillon de l'oreille décollé. C'est le tableau classique, de diagnostic facile. L'extériorisation s'est faite rapidement parce que « à la fragilité du couvercle se joint la virulence du contenu ». L'autre est peu profond, 2 à 3 mm, selon Testut et Jacob, d'autre part sa paroi externe est la plus fragile, d'autant plus fragile « que des formations cellulaires l'envahissent dès les premiers mois » (Mouret), et que des échincences particulières la traversent, suture pétrosquameuse incomplète. A cela se joint une virulence microbienne extrême. « Sous ce couvercle fragile évolue un foyer infectieux dont l'énergie est accrue semble-t-il par les caractères de la région où il s'est développé ».

Cette forme présente une indication à l'Incision de Wilde et nous verrons plus loin les raisons qui la justifient. A côté de cette forme classique, Le Mée et Vesselle insistent sur une *forme latente* de mastoïdite. Nous lisons : « En effet, la mastoïdite du nourrisson n'est pas toujours une mastoïdite aiguë s'extériorisant rapidement en un petit abcès chaud rétro-auriculaire, bien souvent c'est une mastoïdite latente, stade ultime d'une longue infection de l'oreille moyenne restée ignorée, »

Ici, pas de signe d'extériorisation. Malgré des parenthèses successives, la température ne cède pas et l'examen otoscopique montre simplement un effacement du sillon rétro-tympanique. La mastoïdite a peu de tendance à l'extériorisation parce que nous avons

affaire ici à un foyer infectieux à virulence atténuée. Mais plus que toute autre, cette forme est grave parce que elle expose aux accidents dont nous verrons tout à l'heure la nature. L'Incision de Wilde alors qu'il n'existe pas de pus, semble contraire à l'esprit de l'auteur. Nous insistons néanmoins sur la valeur de l'incision périostée dans ce cas particulier. Il est indispensable de revenir sur l'anatomie et l'évolution radiologique de la mastoïdite du nourrisson. En effet l'anatomie nous montre que « la mastoïde du nourrisson est un os poreux à vascularisation superficielle très apparente dont l'importance de l'émissaire mastoïdienne est un exemple ». D'autre part les communications de Le Mée et Paul Bernard sur le développement de la mastoïdite au point de vue radiologique nous montrent au début un os dont l'aspect radiologique est celui d'une phalange et dont l'évolution de la pneumatisation est par une sorte de paradoxe une condensation osseuse. Celle-ci il est vrai ne se produit qu'en certains points qui sont les cloisons inter-cellulaires, mais l'aboutissement est conforme aux lois de la mécanique. C'est-à-dire que la mastoïde du nourrisson est un *filtre poreux* ouvert à l'infection et séparé des plans superficiels par un simple périoste, tandis que celle d'un enfant de 12 ans par exemple offre une corticale résistante qui gêne le processus d'extériorisation. La conclusion s'impose :

En l'absence d'une collection superficielle, ouvrir le périoste d'un nourrisson, c'est déjà faire du drainage; l'inciser sans entamer la corticale chez un en-

fant plus âgé, c'est faire un geste illogique, incomplet, donc inutile. Voilà pourquoi la valeur de la technique de Wilde ne peut raisonnablement être discutée dans le traitement de la mastoïdite que jusqu'à l'âge de 15 mois ».

Mastoïdite aiguë classique, mastoïdite latente, sont pour nous des indications formelles à l'Incision de Wilde, suivie 24 ou 48 heures après de l'antrotomie.

Pourquoi cette opération en deux temps, plutôt que le curettage osseux, simple et rapide que l'on pratiquait jusque là ?

Parce que le cri d'alarme poussé par Le Mée en 1924, à la Société Française d'O.R.L. a attiré l'attention sur la gravité des opérations mastoïdienne chez le nourrisson, et que les observations de mort rapide en hypertermie ont poussé à envisager des techniques différentes. Parce que des hypothèses pathogéniques très vraisemblables ont incité à revenir à la technique de Wilde. Parce que enfin, empiriquement, par la conduite que nous avons adoptée, la mort rapide en hypertermie a disparu de nos salles.

LE SYNDROME D'HYPERTERMIE.

C'est la crainte de cet accident brutal qui justifie notre attitude devant toute mastoïdite aiguë du nourrisson. Il est indispensable que nous lui consacrons une étude rapide que nous empruntons aux travaux de Le Mée, Bloch, Canuyt, et de Moreau.

Le tableau clinique de la mort rapide des nourrissons opérés est magistralement décrit par Canuyt. « Après l'opération en général très courte, l'enfant est porté dans son lit. Le réveil s'effectue normalement. Quelques heures plus tard l'infirmière remarque la pâleur de la face, puis le nourrisson s'agite. Le pouls est petit et rapide. La température s'élève, la respiration devient plus fréquente, les ailes du nez battent. Quelquefois des convulsions. Plus tard le thermomètre atteint 40°, 40°5. Le pouls devient incomptable, l'enfant ne réagit plus, il est en état de choc. La mort survient assez rapidement dans un délai de 12, 15, 24, ou au maximum 48 heures. On a trouvé aucun foyer pulmonaire, aucune atteinte méningée. Les recherches de laboratoire sont sans résultat. L'autopsie est négative.

En somme, deux symptômes cardinaux *hyperthermie* et *pâleur de la face* annoncent l'issue fatale. » Buzon rapporte plusieurs observations reproduisant exactement ce tableau. Un élève de Le Mée, Bettinger, dans une thèse intitulée « Le pronostic de la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson », étudie le syndrome et rapporte plusieurs observations de la consultation d'O.R.L. des Enfants-Malades.

Trois symptômes caractérisent toujours l'affection : Polypnée, Hyperthermie, Pâleur.

Si ce tableau n'est décrit que depuis 1924 par les otologues, il était connu depuis plusieurs années déjà par les chirurgiens d'enfants. Ombredanne, dans

les premières pages de son Précis de Chirurgie Infantile met en garde contre la gravité des opérations sur le nourrisson. Il dresse par ailleurs le tableau du syndrome de mort rapide dans les opérations les plus diverses, et surtout sur la face, angiomes ou becs de lièvre. Par ailleurs des observations sont rapportées dans des invaginations intestinales ou des hernies, mais il semble bien qu'avec Ombredanne on puisse conclure que la mort est plus fréquente dans les opérations portant sur la tête.

Non seulement les chirurgiens, mais les médecins d'enfants rapportent des cas semblables. Marfan cite des cas de mort rapide sans cause apparente ou après une cause occasionnelle. Il s'agit dit-il « d'enfants rachitiques, pâles et gros ». Hudelot et Louet rapporte un cas de mort en hyperthermie au cours d'un eczéma. Ribadeau-Dumas étudie le syndrome et envisage une pathogénie.

Le fait est donc bien établi que la mort rapide n'a rien de propre à la trépanation mastoïdienne. C'est un *syndrome commun* à divers états. Il n'est même pas besoin d'opérations pour l'observer et A. Bloch et Lemoine rapportent un cas de mort subite chez un nourrisson non opéré au cours d'une oto-mastoïdite.

Les Pathogénies. — Sont envisagées nombreuses et diverses, de chacune naissant une donnée thérapeutique nouvelle. Notre but n'est pas de les passer en revue et nous n'étudierons que celles qui ont justifiée l'Incision de Wilde. Nous passons sur les erreurs

de technique, l'hémorragie, la mort tymique et même l'âge de l'opéré.

En dehors de l'anesthésie, gros facteur selon Canuyt et du germe en cause, « la présence de Mucosus serait pour Lemaitre susceptible d'expliquer bien des mécomptes ». Nous retiendrons deux grandes causes :

Le choc opératoire.

La septicémie suraiguë.

Le choc opératoire est certain. Selon Le Mée, « dans la trépanation du nourrisson sans anesthésie, le choc traumatique est indéniable ». A la phase d'agitation et de cris succède brusquement un silence absolu, en même temps le visage devient extrêmement pâle, d'où la légende dit Le Mée, que seule l'incision cutanée est douloureuse et que la trépanation osseuse est indolore. En réalité l'enfant ne réagit plus parce qu'il est en état de choc. Mais ce choc traumatique n'est pas tout. Delbet, Quenu et Duval étudient un choc d'ordre toxique, et d'après Canuyt « ce choc serait d'autant plus grand que l'opération serait plus longue et surtout plus étendue. Plus on ouvre de porte à la résorption, plus les produits toxiques seront résorbés ». Il en conclut « que le chirurgien doit réduire le choc opératoire au minimum chez le nourrisson ».

La septicémie suraiguë, bien que non démontrée par l'hémoculture, reste pour de nombreux auteurs et en particulier pour Le Mée, un facteur important.

Nous insistons à nouveau ici sur les mastoïdites latentes dans lesquelles « une collection purulente de formation lente, d'évolution torpide est enkystée, encapsulée dans une véritable gangue de tissu conjonctif hyperplasique qui l'isole en quelque sorte du reste de l'organisme, et c'est cette barrière protectrice que rompt brutalement la curette de l'opérateur, libérant toxines et microbes dont l'essaimage provoquera une septicémie foudroyante d'issue fatale. »

Ces formes exposent plus que toutes autres à des accidents, que ce soit par choc toxique ou par septicémie suraiguë. On conçoit dans ces conditions, combien peut être dangereuse la trépanation primitive et combien est plus prudente la trépanation en deux temps.

Canuyt confirme le danger de ces formes torpides où « la nature a établi un système de défense en réalisant un abcès localisé » et dans lesquelles par la trépanation « nous rompons la barrière protectrice de défense et nous disséminons l'infection ».

On réalise selon l'expression de Le Mée « une sorte d'injection septique dans des vaisseaux d'autant plus vulnérables qu'ils cheminent dans des os non encore calcifiés et d'autant plus incriminables qu'ils sont nombreux; en particulier les petites veines que nous avons décrites, réunissant la circulation de la muqueuse antrale et le sinus latéral. »

Nous laissons enfin place à trois hypothèses pathogénique nouvelles et particulièrement intéressantes

Accident d'ordre anaphylactique qui paraît jouer un rôle important, bien que le mécanisme et la cause de celui-ci soient discutés. Nous rappellerons ici les observations de Ribadeau-Dumas sur l'anaphylaxie lactée d'où est née une thérapeutique post-opératoire.

Perte brutale de calories à l'intervention et dans les instants qui la suivent, Le Mée partant de cette idée applique une technique rigoureuse pour lutter contre ce facteur.

Deshydratation massive enfin; l'enfant refuse le biberon, et vomit, réalisant souvent en quelques heures un état de deshydratation aiguë avec acidose.

Le Mée insiste sur ces deux derniers facteurs qui pour lui expliquent dans la majorité des cas le Syndrome Hyperthermique. Ils ont l'avantage de pouvoir s'appliquer à tous les états hyperthermique du nourrisson car, il est bien évident qu'on saurait difficilement parler de septicémie, par exemple, chez un opéré de bec de lièvre ou de hernie. Ils imposent des soins pré et post-opératoire que nous considérons comme particulièrement importants.

Devant ces nombreuses hypothèses, de multiples moyens ont été proposés pour éviter le risque opératoire. On essaya de supprimer l'anesthésie ou de réaliser une anesthésie locale par infiltration, injection d'allocaine à 1/200. Croisy propose d'employer des instruments tièdes, maintenus au chauffeoir après stérilisation, pour atténuer le choc traumatique. Il pro-

pose aussi plus loin « de maintenir l'enfant enveloppé dans un drap en veillant à éviter toute crise de sudation, tout effort congestionnant ». Les moyens les plus divers furent essayés et la plupart sans succès.)

Une double indication reste, qui semble certaine :

Réduire au minimum le choc opératoire.

Ne pas diffuser brutalement dans l'organisme microbes et toxines.

Comment réaliser ces deux conditions ?

Canuyt répond : « La chirurgie du tout petit doit être une chirurgie minima » et il se borne dès lors chez tous ses nourrissons, à la simple incision périostée sans anesthésie locale au Kelène. Seigneurin adopte la même attitude et les uns et les autres apportent des observations satisfaisantes.

Le Mée est moins absolu. Ne peut-on pas curetter les cellules et en même temps répondre à la double indication que nous posons comme essentielle ?

Si, à la condition de ne pas d'emblée « marcher à l'ancre » suivant l'expression de Schwartz, c'est-à-dire de dissocier l'opération en deux temps, et nous voici une fois de plus revenu à l'esprit de Wilde. Nous faisons donc la mastoïdectomie en deux temps « afin, dit Le Mée, de ne point détruire brutalement la coque hyperplasique que nous considérons comme une barrière de défense ».

Et huit ans de pratique de cette méthode ont confirmé sa légitimité et dissipé la crainte qui présidait depuis 1924 toute opération sur la mastoïdite du nourrisson.

Voici dans quels cas et pour quels motifs nous employons chez le nourrisson l'Incision de Wilde comme premier temps d'une opération complète : la mastoïdectomie en deux temps.

Il n'y a pas de *Contre-Indication à l'Incision de Wilde*, il y a *seulement quelques cas où la mastoïdectomie en deux temps ne se justifie pas*.

Nous nous expliquons.

Devant toute mastoïdite du nourrisson, extériorisée ou non, nous ferons l'Incision de Wilde, mais les circonstances pourront modifier notre attitude quant au temps complémentaire. Si, le périoste incisé nous trouvons un large foyer de nécrose et un antre ouvert encombré de fongosités, nous ferons à la curette un écouvillonnage de la cavité. Nous nous *garderons de l'agrandir*, mais il est bien évident qu'une conduite trop systématique proscrivant en toutes circonstances la curette au premier temps, serait exagéré.

Réinterviendrons-nous 48 heures après. Ce seront les circonstances qui nous guideront. La température ne tombe pas, la cavité est toujours fougueuse, nous ferons le complément, c'est-à-dire un curettage des cellules. Au contraire la température baisse, la cavité bourgeonne, il est inutile de réintervenir.

Ces cas sont d'ailleurs l'exception et l'opération systématique en deux temps est presque toujours justifiée.

TECHNIQUE

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Nous ne décrivons pas les soins pré-opératoires qui sont communs à toutes les opérations sur la mastoïdite. Nous insisterons seulement sur quelques détails particuliers.

L'enfant ne sera pas couché sur le côté, mais bien sur le dos, les bras à quelque distance du corps, pour lui laisser toute son ampliation thoracique. Il aura reçu une injection d'Eucalyptol. Il sera remailloté soigneusement non dans du coton hydrophile, mais dans du coton cardé et la salle d'opération sera chaude.

Le champ opératoire sera badigeonné à la teinture d'iode dédoublée ou mieux, pour éviter les érythèmes ou les accidents d'iodisme qui ne sont pas exceptionnels, avec une solution de Bleu de Méthylène à 1/10^e qui a en outre une action microbicide élective pour le Streptocoque.

INSTRUMENTATION

Pour le premier temps, Le Mée préconise l'emploi d'un bistouri à cartilage qui incise sûrement le cartilage sur toute sa longueur et ne tend pas à faire d'é-

chappée vers la pointe ou l'on risquerait de léser le Facial. L'emploi d'un aspirateur écourte le temps opératoire.

Au deuxième temps, on usera uniquement de la curette. En cas de nécessité absolue seulement on emploiera la gouge et dans ce cas, au marteau on préférera le maillet, moins traumatisant.

Les autres instruments, sont ceux de toutes trépanation mastoïdienne.

ANESTHÉSIE

La solution idéale et le plus souvent praticable, est do'pérer *sans anesthésie*.

Le premier temps pourrait à la rigueur être fait sous anesthésie locale par un jet de Chlorure d'Éthyle.

Le deuxième temps, sous quelques gouttes d'éther.

Mieux vaut s'en abstenir.

TECHNIQUE

Premier temps : Incision de Wilde.

L'aide rabat en avant le pavillon de l'oreille et comprime avec son index l'artère auriculaire postérieure un peu en dedans de la pointe de la mastoïdite.

L'opérateur trace rapidement son incision dans le sillon rétro-auriculaire ou 1 mm en arrière.

L'incision sera d'emblée profonde ouvrant à la fois les téguments et le *périoste* dans toute sa hauteur. L'ouverture du périoste est en effet capitale, elle ne

sera réalisée surement qu'avec le bistouri à cartilage ou, si l'on a pris soins au début de l'opération d'injecter 5 cc. de sérum physiologique sous le périoste afin de décoller celui-ci.

En haut l'incision remontera jusqu'au pôle supérieur du pavillon.

En bas elle descendra sur la pointe de la mastoïde jusqu'à la partie inférieure du sillon rétro-auriculaire. Puis rapidement avec la rugine courbe on mettra à nue toute la surface osseuse de la mastoïde.

On place une mèche, ou de préférence car celle-ci a été accusée de favoriser la rétention un drain en gouttière dans la plaie qui est laissée largement ouverte.

Ce temps n'a duré que quelques minutes « durant cette incision, dit Bettinger dans sa thèse, nous n'avons jamais observé la pâleur brutale du faciès qui survient si fréquemment lorsque l'opération se poursuit ».

On complétera l'opération par une myringotomie large et systématique. Enfin l'enfant sera porté dans son lit. l'opération n'a duré que quelques minutes.

Nous ne décrivons pas le *deuxième temps*, c'est l'antrotomie habituelle du nourrisson, à la curette et elle sort de notre sujet. Nous insisterons seulement sur la situation haute de l'antre du nourrisson et sur la présence d'une *zone criblée* au niveau de la paroi externe de l'autre. C'est à ce niveau qu'une fistule donne généralement le chemin à la curette. Dans tous les cas, l'opération doit être *simple et rapide*.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Nous attachons aux soins post opératoires une importance toute particulière.

Nous leur proposons un double but :

éviter toute perte calorique.

lutter contre la déshydratation

Le petit opéré sera laissé pendant 48 heures dans son enveloppe ouatée; il n'a pas reçu d'anesthésie, point n'est besoin donc, au moins momentanément, d'enveloppements sinapisés ou autres révulsions thoracique. On se bornera à le réchauffer avec des bouillottes et à le maintenir dans une atmosphère chaude.

Le Mée préconise en outre des injections sous-cutanées d'Eucalyptol faites toutes les 3 heures l'instillation de 5 gouttes d'adrénaline dans le nez et si le nourrisson paraît déshydraté des lavements bicarbonatés froids et l'injection de sérum bicarbonaté sous la peau, qui luttera en même temps contre l'acidose.

Enfin pendant 48 heures on procrira le lait qu'on remplacera par des biberons d'eau de Vals ou de Vichy.

RÉSULTATS

Près de 10 ans de pratique de cette méthode n'ont plus montré un seul cas de mort en hyperthermie, et les cas de fistulisation sont tout à fait exceptionnels.

Nous n'en tirons pas une conclusion absolue, mais nous laissons les faits parler d'eux-mêmes.

Nous prenons au hasard quelques observations du service Blumenthal aux Enfants-Malades :

OBSERVATIONS:

OBSERVATION N^o. 1:

R. Monique âgée de 13 mois entre le 22 avril 1935 à l'hôpital pour otalgie, fièvres. Vue par le Docteur Gisclard le jour de son admission. On porte alors le diagnostic d'otite gauche, et on pratique une injection d'un demi cm³ de propidon. Le jour même apparaît une tuméfaction de la région mastoïdienne et pré-auriculaire.

On envoie le lendemain cet enfant dans le service du Docteur Le Mée. Nous apprenons que les phénomènes ont débuté 8 jours auparavant par de la fièvre et une otalgie.

A l'admission dans le service; la T[°] est à 40° l'enfant accuse des douleurs spontanées à l'oreille (il porte sa main à l'oreille).

A l'otoscopie gauche : une perforation tympanique dans sa partie postéro-inférieure.

An niveau de la région mastoïdienne gauche : œdème péri-auriculaire, pli rétro-auriculaire effacé, décollement du pavillon, œdème sus-auriculaire et prétragien.

Douleur provoquée à l'antre, à l'apex, aux régions temporo-maxillaires, et zygomatiques.

On pratique l'Incision de Wilde le 24 Avril 1935.

La température se maintient aux environ de 35°,5 le lendemain de l'incision. 48 heures après on pratique la prépanation. C'est alors seulement que les phénomènes généraux retocèdent, que l'otorrhée diminue, l'enfant sort guérie, 10 jours plus tard avec une plaie en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION N° 2

G. Gisèle, âgée de 13 mois entre le 10 mai dans le service pour otorrhée purulente bilatérale surtout fétide et abondante du côté droit. La radio montre des signes de mastoïdite à droite? L'état général est bon.

L'otite est survenue vers l'âge de 4 mois à la suite d'une Rhino-pharyngite. L'écoulement s'est installé par perforation spontanée du tympan. La guérison a été rapide mais plusieurs réveils sont survenus.

A son entrée dans le service l'examen montre un écoulement bilatéral peu abondant, extrêmement fétide du côté droit, il n'y a pas d'œdème, ni de décollement du pavillon? La T° est à 38,5.

L'examen otoscopique montre une perforation tympanique de chaque côté, inférieure à droite, postéro-inférieure à gauche.

On pratique l'Incision périostée le 13 mai, les phénomènes ne retocèdent pas. 48 heures après on fait la trépanation de l'autre. Dès lors l'évolution est bonne et l'enfant sort guéri quelques jours plus tard.

OBSERVATION N° 3

M. René âgé de 12 mois est amené dans le service le 18/1/34 pour otorrhée droite fétide datant d'une semaine environ, la température est à 38°,5. L'examen otoscopique révèle une perforation inférieure suffisante laissant sourdre du pus épais. La région de l'antre et la pointe sont très sensibles.

On pratique le premier temps le 26. Les phénomènes ne rétrocedent pas. On fait alors 48 heures après, l'antrotomie. La région antrale est trouvée perforée et la curette ramène des bourgeons fétides.

La plaie suppure pendant quelques jours puis on assiste à une amélioration rapide avec rétro-cession des phénomènes généraux.

OBSERVATION N° 4.

G. Gérard âgé de 12 mois entre le 24/5/35 pour Otorrhée gauche et temp. à 39°,6.

A l'examen, perforation tympanique postéro-supérieure et signes de réactions mastoïdiennes.

On pratique l'incision le 4^e jour. Le jour même la température monte à 40°,2. 48 heures après on pratique le complément : anthrotomie, curatage des cellules, drains.

La température baisse rapidement l'otorrhée se tarit en quelques jours, l'enfant sort guéri une semaine plus tard.

CONCLUSION

Nous avons donné à cette étude deux buts :

1° — Retracer la carrière mouvementée de l'Incision de Wilde et montrer par quelles vicissitudes elle passa avant de nous revenir épurée, précisée, dans la mastoïdite du nourrisson.

2° — Montrer la valeur actuelle que nous lui donnons et les indications que nous lui reconnaissons.

Dans la première partie, nous avons avant tout essayé de donner une interprétation exacte à l'Incision de Wilde. Nous avons montré que dans l'esprit de son auteur, elle était une opération d'urgence, d'attente, ne préjugant en rien de la conduite ultérieure, n'excluant pas par conséquent la trépanation.

Elle est dit Le Mée, « à la mastoïdite du nourrisson ce qu'est la Trachéotomie à l'obstruction laryngée, une opération d'urgence permettant d'éviter des accidents graves et d'envisager avec plus de sang froid la conduite ultérieure. »

Dans la deuxième partie, nous avons précisé les indications que nous reconnaissons à l'Incision de Wilde et comment actuellement nous comprenons celle-ci.

Les indications sont simples : nous faisons l'Incision de Wilde dans toute mastoïdite aïgue du nourrisson extériorisée ou non et cette méthode nous a permis jusque là d'éviter le syndrome d'hyperthermie.

Mais si nous faisons l'Incision de Wilde nous ne nous bornons pas à celle-ci et nous lui donnons presque toujours 24 ou 48 Hs. après, un temps complémentaire : le curettage des cellules.

Mais le geste opératoire n'est pas tout, les soins post-opératoires sont extrêmement importants et nous avons insisté sur deux indications auxquelles ils doivent satisfaire, réchauffer et hydrater le petit opéré.

Ce n'est pas une réhabilitation de l'Incision de Wilde que nous avons voulu faire, nous avons simplement voulu montrer sa vraie signification et sa juste portée. Elle a disparu et mérité de disparaître de la chirurgie de l'adulte, mais nous la considérons comme un moyen précieux dans la mastoïdite du nourrisson.

Vu : le Président de thèse,
LEMAITRE.

Vu : le Doyen de la Faculté,
RCUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBERG E. — Mastoïd opération versus Wilde's incision on a child not quite 8 months old. (*Détroit M. J.*, 1903).
- ARBELTIER. — otite du nourrisson.
- ALLEN. — The mastoïd opération..... (Cincinnati, 1892).
- BRINDEL. — Mastoïde chez le nourrisson (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 25-3-21).
- BOULAI. — L'incision de Wilde (*La Clinique*, 28-1-1910)
- BROCE. — La mastoïdite aïgue du nourrisson (*Bulletin médical*, 3-1-1904).
- CASTEX. — Maladies de l'apophyse mastoïde (*Traité des maladies du larynx*, etc....) (1903).
- CROISY. — De la gravité des opérations mastoïdiennes chez le nourrisson (*Thèse de Lyon en 1927*).
- CHINCHINI. — Proposito dell' incisione de Wilde (*Archives ital. diotol.* 1897 227-230).
- CHIPAULT et DESMOULIN. — Les méfaits de l'Incision de Wilde (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, Paris 1895).

EEMAN. — Pronostics sur la mastoïde du nourrisson (*Le stalpel* 2-19266).

FOURNIER. — Trépanation de la mastoïdite du nourrisson (*Marseille médical* 5-1907).

GUY. — Traitements des abcès mastoïdiens, (*La clinique*, 6-1891).

Le MÉE. — L'otite latente chez l'enfant (*Rapport au Congrès de la Soc. Fran. d'O. R. L.*, Octobre. 1925).

LE MÉE. — Gravité ou bénignité de la trépanation mastoïdienne chez le nour. *Cong. de la Soc. de Laryncologie*, Oct. 1934).

MAC DONAGH. . . *Biography* (diction nat. biog London 1900 230-232).

PIAGET. — L'Incision de Wilde (*Dauphiné méd.*, 1898).

PAPANIKOLAOU. — L'incision de Wilde et sa valeur curative dans les stomathies.) (*Arch. f. chrem heilkunde*, tom. 95).

RANDALL. — The inefficacy of Wilde incision. (Philadelphie 1897).

SEIGNEURIN. — Les mastoïdites aiguës du nourrisson semblent pres. toutes justiciables de la simple incision de Wilde. (*Rev. de Laryn.* 31-12-1926.)

— — L'incision de Wilde doit-elle disparaître définitivement... 1922).

VESSELLE. — L'otte du nourrisson (*Thèse de Paris*, 1925).

BETTINGER. — Le pronostic de la trépanation mastoïdienne chez le nourrisson, Paris, 1926).

CANUYT. — Mort rapide des nourrissons opérés d'antrite mastoïdienne extériorisée (*Rev. Fran. de pédiat?*, tom. 4, 1928).

BUZON. — Etude de la mort rapide des nourrissons opérés d'antrite mastoïdienne extériorisée (*Strasbourg médical*, 1928).

